



# Årsrapport 2025

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

[skde.no](https://skde.no)



# Innhold

Årsrapporten er utarbeidet av  
SKDE – Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering  
Helse Nord RHF  
(+47) 77 75 58 00 [post@skde.no](mailto:post@skde.no)

Forsidebilde: Shutterstock  
Trykk: Lundblad Media AS

SKDE rapport nr 1/2026  
ISBN 978-82-93141-66-2

---

<b>Om oss</b>	
Forord	5
Dette er SKDE	6
— Kunnskap må deles for å kunne gjøre en forskjell	8
<b>Dette gjorde vi 2025</b>	
Varsler kraftig økning i akuttinnleggelser av eldre	13
Viktig oppfølging av kvinnehelseutvalget: Analyse av registerdata i et kjønnsperspektiv	16
10 år med helseatlas: Nytt barnehelseatlas og flere oppdaterte analyser i jubileumsåret	18
Slik foreslår fagfolk å redusere unødvendige skulderoperasjoner	21
Helse- og kvalitetsregisterkonferansen samlet fagfolk i Bergen	24
Kreftpasienter med psykiske lidelser faller oftere utenfor pakkeforløp	28
Sterk økning i bruken av metodebok.no	30
Klinisk dashboard: Styringsverktøy for kvalitet er blitt tilgjengelig nasjonalt	32
Ny innsikt i behandlingen av tykktarmskreft hos eldre	34
Publikasjoner	36

---

# ● Om oss

# Forord



↑  
Eva Stensland  
Direktør SKDE  
Foto: Ørjan M.  
Bertelsen

Formidling har vært et viktig tema for SKDE i 2025. For at SKDE skal være til nytte må våre målgrupper kjenne til oss og kunne finne relevant informasjon om kvalitet i helsetjenesten på våre nettsider. I tillegg til å sørge for oppdaterte og brukervennlige nettsider lager vi presentasjoner for ledere og klinikere. Vi deltar videre på nasjonale og internasjonale møter og konferanser der vi viser fram analyser som kan belyse relevante problemstillinger for styring av helsevesenet.

I 2025 var det ti år siden vi laget vårt første helseatlas. Totalt 20 helseatlas er laget siden oppstarten, for både store og små fagområder. Felles for alle atlaserne er at vi kan vise geografisk variasjon i behandlingspraksis. I juni presenterte vi et nytt barnehelseatlas som viste bruk av helsetjenester for ulike sykdomsgrupper hos barn. Det er ti år siden vårt forrige helseatlas for barn, og vi ser fortsatt variasjon i behandlingspraksis.

I forskningsseksjonen ble et doktorgradsprosjekt om variasjon i kreftbehandling hos eldre avsluttet med disputas i april. Studiene undersøkte om helsetjenester som tilbys eldre med kreft er likeverdige, både med tanke på hvor man bor og betydning av inntekt og utdanning.

Likeverdige helsetjenester har også vært et fokus for servicemiljøet, som ønsket å følge opp regjeringens kvinnehelsestrategi ved å lage en rapport med kjønns-spesifikke analyser av kvalitet i helsetjenesten. Rapporten inneholder analyser fra 14 ulike kvalitetsregistre.

SKDE arrangerte i september Helse- og kvalitetsregisterkonferansen for 420 deltakere i samarbeid med Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Tema for konferansen var «Helsedata – fra nasjonale til globale perspektiver.»

I juli ble Klinisk dashboard presentert på SKDEs nettsider. Dashboardet ble utviklet i Helse Sør-Øst for styringsformål, og inneholder analyser av bruk av helsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern og lab- og radiologi. I Helse Sør-Øst har dashboardet vært brukt som verktøy i styring av helseforetakene. Fagdirektørene ønsket at dashboardet skulle breddes til alle regioner, og overførte ansvar for publisering og videreutvikling av dashboardet til SKDE. Dashboardet inneholder nå tall for alle helseregioner, og målet er at dette skal bli et nyttig verktøy for styring i alle helseregioner.

Dette var noen smakebiter fra årsrapporten – god lesning!



## Dette er SKDE

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) er en del av Helse Nord RHF. SKDE bidrar med styringsinformasjon til helsetjenesten, og våre oppdrag handler om kvalitet, likeverdighet og en bærekraftig helsetjeneste.

Vi

- publiserer helseatlas og andre analyser av befolkningens bruk av helsetjenester
- leder arbeidet med medisinske kvalitetsregistre og publiserer jevnlig resultater fra disse
- driver helsetjenesteforskning
- drifter metodebok.no
- leder oppdraget ”Revurdering av utrednings- og behandlingsmetoder” der målet er å sørge for riktig bruk av helsetjenester

## Viktige hendelser i historien til SKDE

**2004**

SKDE blir opprettet.

**2009**

Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre etableres.

**2016**

SKDE får i oppdrag å øke forskningsvirksomheten, samt utvide og styrke sitt internasjonale og interne samarbeid.

**2023**

SKDE får ansvar for å lede det interregionale arbeidet i oppdraget "Revurdering av utrednings- og behandlingsmetoder".

**2025**

SKDE overtar ansvaret for Klinisk dashboard.

**2008**

Virksomheten utvides med en regional registerenhet for Helse Nord.

**2015**

Det første helseatlas presenteres og oppdraget med å utvikle en nasjonal helseatlastjeneste etableres.

**2020**

SKDE får ansvar for Teknologiforum for medisinske kvalitetsregistre (FMK).

**2024**

SKDE overtar ansvaret for metodebok.no. Tjenesten "Oppdaterte helseatlas" blir lansert.



↑ Eva Stensland diskuterer uønsket variasjon i helsetjenester med kolleger i Agency of Clinical Innovation (ACI) i Melbourne, Australia.

## — Kunnskap må deles for å kunne gjøre en forskjell

Verdien i SKDEs arbeid skapes når resultatene blir kjent for beslutningstakere, helsepersonell, forskere og befolkningen. Derfor går veien fra helsedata til bedre helsetjenester gjennom god og aktiv formidling. — God formidling gjør det lettere å finne, forstå og ta i bruk kunnskap, påpeker direktør i SKDE, Eva Stensland.



←  
Eva Stensland, Direktør i SKDE  
Foto: Ørjan M. Bertelsen

— Vi jobber for å nå ut bredere og raskere med vår kunnskap, og for å sikre at beslutningstakere har den informasjonen de trenger. Det tar vi i SKDE på alvor, og vi jobber for å bli enda bedre på dette feltet, forteller Eva Stensland.

2025 var derfor et år med mange formidlingsoppdrag og hvor de ansatte i SKDE

- formidlet resultater på både nasjonale og internasjonale møter og konferanser
- publiserte flere rapporter og analyser til bruk for ledere og klinikere i helsetjenesten
- økte synligheten gjennom forbedrede nettsider og aktiv bruk av sosiale medier
- bidro til forbedringsprosjekter og kompetansedeling i fagmiljøene



↑ Postdoktor Elin Marthinussen Gustavsen forteller om forskningen SKDE gjør på registerdata på Helse- og kvalitetsregisterkonferansen i Bergen i september 2025. Foto: Dawid Banja/Lumir

### Mange formidlingsoppdrag

Eva Stensland mener at de mange formidlingsoppdragene viser at flere har fått øynene opp for at SKDE bidrar med relevant styringsinformasjon til helseforetakene gjennom analyser, forskning og registerkompetanse.

— Vi blir stadig oftere bedt om å komme å presentere analyser og oppdrag som vi jobber med. I 2025 har vi presentert tilrettelagte resultater for ledere i alle helseregioner og mange sykehus. Vi har deltatt på nasjonalt styringsseminar og en rekke konferanser og møter i inn- og utland, forteller Stensland.

### Bidrar til dialog

For SKDE er det viktig å møte klinikere og ledere.

— Dialog og tilbakemeldinger er helt nødvendig for at vi skal kunne vite hva de som jobber i helse-tjenesten er opptatt av og for å holde oss aktuelle, understreker Stensland.

Hun tror at den nære kontakten SKDE har med fagfolk, både i atlas- og analysearbeid og i kvalitetsregisterarbeid, er med på å sikre relevansen for arbeidet. Det skaper dessuten tillit.

### Forbedrer nettsidene

De siste årene er det lagt ned et betydelig arbeid med nettsidene til SKDE og Nasjonalt servicemiljø.

Nettsidetjenestene Sykehusprofil og Behandlingskvalitet, som viser resultater fra medisinske kvalitetsregistre om kvalitet i helsetjenesten, har fått nye og forbedrede funksjoner.

Også helseatlas-sidene er fornyet med resultater fra helseatlas-analyser som oppdateres årlig.

Målet er at informasjonen skal være lett tilgjengelig og presentert på en måte som gjør dem enkle å forstå for både fagfolk og andre interessenter.

— Vi ønsker at nettsidene våre skal være et sted man oppsøker når man trenger innsikt. Da må de være brukervennlige, intuitive og oppdaterte. Det blir fortsatt et viktig satsingsområde framover, sier Eva Stensland.



## Kunnskap må deles



↑ Stein-Kato Lindberg og Ingrid Bondevik på stand for å fortelle om rapporten *Betydningen av kjønn for behandlingskvalitet i norske sykehus*. Kari Gulbrandsøy helt til venstre. Foto: Dawid Banja/Lumir



↑ Jurist Heidi Talsethagen på registermøte i Bergen i februar 2025. Foto: SKDE



↑ Line Strømhaug Grongstad og Elisabeth Pedersen presenterte arbeidet med å revurdere behandling i Norge på konferansen Preventing Overdiagnosis i Oxford, England, i september 2025. Foto: SKDE



↑ Tove Johansen og Frank Olsen presenterte barnehelseatlas på Wennberg International Collaborative (WIC) i Oxford, England, i september 2025. Foto: SKDE

● Dette gjorde vi i 2025

Synliggjør hva helsevesenet må forberede seg på:

## Varsler kraftig økning i akuttinnleggelser av eldre

SKDE har for første gang laget en framskriving av hvordan akuttinnleggelser blant eldre kan utvikle seg fram mot 2040. Analysen gir helsetjenesten et tydelig frampek på hvilke utfordringer sykehus og kommuner må begynne å løse allerede nå.



←  
Hanne Sigrun Byhring, analytiker i Helse Nord. Fram til 1. oktober 2025 jobbet hun i SKDE.  
Foto: Ørjan Marakatt Bertelsen



←  
Gunhild Ag, seksjonsoverlege i geriatri ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN).  
Foto: Frode Abrahamsen/ UNN

I løpet av 10 år har antall akuttinnleggelser av eldre pasienter på norske sykehus økt med 25 prosent. Dersom det ikke skjer endringer, kan årlig antall akuttinnleggelser i 2040 bli dobbelt så høyt som i 2015.

[Det viser tall og estimater som Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering \(SKDE\) har utarbeidet og publisert i et notat.](#)

Notatet gir en oversikt over utviklingen i bruk av akuttinnleggelser av eldre pasienter (75 år og eldre) på norske sykehus i perioden 2015—2024. I tillegg er det gjort et estimat (framskriving) på hvordan utviklingen forventes å bli framover dersom dagens innleggespraksis fortsetter.

Økningen i akuttinnleggelser blant eldre kan bli en stor utfordring fordi den vil skape betydelig press på både spesialisthelsetjenesten og kommunene gjennom økt behov for kapasitet, kompetanse og koordinert oppfølging.

### Må forvente at trenden fortsetter

Tallene fra SKDE viser at mens det i 2015 var 140 000 akuttinnleggelser i Norge, var tallet økt til 175 000 i 2024. Mesteparten av økningen i denne tiårsperioden skjedde etter 2020.

Estimatet viser at om økningen fortsetter, så kan antallet akuttinnleggelser passere 200 000 allerede i 2027 eller 2028. Og dersom det ikke skjer endringer i praksis og organisering av helsetjenestene, så kan årlig antall akuttinnleggelser av eldre i 2040 passere 300 000.

### Skyldes en aldrende befolkning

Økningen i antallet akuttinnleggelser av eldre pasienter skyldes at befolkningen i Norge blir eldre. I 2024 gjaldt nesten hver tredje akuttinnleggelse i somatisk spesialisthelsetjeneste pasienter i alderen 75 år og eldre (31,5 %), noe som også innebar en betydelig ressursbruk i sykehusene.

De fire vanligste tilstandene som eldre ble innlagt for i 2024 var lungebetennelse, hjertesvikt, hoftebrudd og kols.



↑ Med framskrivingen løfter SKDE blikket framover og gir helsetjenesten et tidlig varsel om hva som venter. Analysen gjør det mulig å planlegge, prioritere og samarbeide mer effektivt før presset blir akutt. Illustrasjonsfoto: Shutterstock

### Viktig at sykehusene forbereder seg

I 2023 pekte Helsepersonellkommissjonen på at befolkningsutviklingen vil gi større behov for helsetjenester og helsepersonell, samtidig som tilgangen på personell ikke vil øke i samme takt.

— Det er viktig at sykehusene forbereder seg på å håndtere den forventede økningen i antall akuttinnleggelses av eldre, sier analytiker i Helse Nord, Hanne Sigrun Byhring. Fram til 1. oktober 2025 var hun ansatt som analytiker i SKDE, og hun jobbet da med notatet om akuttinnleggelses av eldre.

— En antakelse som ofte legges til grunn er at eldre i fremtiden vil ha flere friske leveår enn før. For den enkelte vil imidlertid behovet for helsehjelp mot livets slutt sannsynligvis ikke forsvinne med en friskere alderdom. Det vil kun forskyves fremover i tid. En friskere eldrebefolkning vil derfor kunne forsinke veksten i bruk av akuttinnleggelses. Dette kan gi sykehusene noe mer tid til å omstille seg, sier Byhring.

### — Dramatiske tall

— Dette er dramatiske tall, og vi må definitivt tenke nytt. Norske sykehus er ikke rigget for en fremtid med flere eldre. I Helse Nord ser vi nå på tiltak for å møte dette, sier Gunhild Ag, seksjonsoverlege i geriatri ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN).

Hun forteller at i en trygg eldremedisin er noen av de viktigste spørsmålene “Hvor robust er pasienten? Er pasienten skrøpelig - hva kan pasienten tåle av påkjenninger?”. UNN har derfor innført Clinical Frailty Scale (CFS) som screeningverktøy for å vurdere skrøpelighet hos eldre over 65 år.

— Det er europeisk konsensus om at tidlig skrøpeligheitsvurdering bør innføres i akuttinnleggelse. I tillegg bør CFS innføres som felles screeningverktøy for skrøpelighet i hele samfunnet. Da oppnår vi et felles språk for skrøpelighet, og kan sikre en bedre tilpasset behandling for eldre pasienter, mener seksjonsoverlegen.

Se også: [Når eldre legges inn på sykehus](#)

— Det er viktig at sykehusene forbereder seg på å håndtere den forventede økningen i antall akuttinnleggelses av eldre.

*Analytiker i Helse Nord, Hanne Sigrun Byhring*

## Hovedfunn

- Antall akuttinnleggelser av eldre pasienter i norske sykehus økte med 25 prosent fra 2015 til 2024 og økningen forventes å fortsette i årene fremover.
- Forutsatt at dagens innleggelsespraksis videreføres kan antall akuttinnleggelser av pasienter i alderen 75 år og eldre passere 200 000 allerede i 2027 eller 2028.
- Dersom det ikke skjer endringer i praksis og organisering av tjenestene kan årlig antall akuttinnleggelser av eldre i 2040 ha passert 300 000.

Kilde: [Akuttinnleggelser av pasienter 75 år og eldre i sykehus](#)

### — Vi behøver et eldreløft!

— Med flere eldre og færre helsepersonell framover bør vi tørre å tenke nytt. Vi behøver mer systematisk kunnskapsøkning og kunnskapsdeling. Vi behøver et eldreløft!, sier Gunhild Ag.

Ag mener det er nødvendig å øke kunnskapen i samfunnet om eldremedisin, for eksempel ved å angi et minimum av fokusområder som alle bør kunne noe om, ikke bare helsepersonell. Det vil kunne bidra til en bedre forståelse av den komplekse eldremedisinen.

Videre påpeker hun at det er viktigere enn noensinne å jobbe sammen omkring pasientene:

— Sykehusene og kommunene må samarbeide tettere om å ta vare på pasientene og deres nærmeste. De må også samarbeide bedre for å støtte helsepersonellet som skal ta vare på pasienten. Hvem har nytte av å komme på sykehus, og hvem kan ivaretas i kommunene? For det er hjemme pasientene skal leve og bo, ikke på sykehuset, påpeker Ag.

Les også: [Vi skal bli best i landet på eldremedisin](#)

[Her finner du flere analyser som viser geografisk variasjon i bruk av helsetjenester som er viktige for eldre i Norge.](#)

**— Med flere eldre og færre helsepersonell framover bør vi tørre å tenke nytt. Vi behøver mer systematisk kunnskapsøkning og kunnskapsdeling. Vi behøver et eldreløft!**

*Gunhild Ag, seksjonsoverlege i geriatri ved UNN*

Viktig oppfølging av kvinnehelseutvalget:

## Analyse av registerdata i et kjønns- perspektiv

SKDE har for første gang brukt nasjonale medisinske kvalitetsregistre til å undersøke behandlingskvalitet i norske sykehus i et kjønns-  
perspektiv. Det er et viktig skritt i oppfølgingen av kvinnehelseutvalgets arbeid og regjeringens kvinnehelsestrategi.



← Philip Skau, leder av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre og seksjonsleder ved SKDE.  
Foto: SKDE



← Katrine Mari Owe, seniorforsker ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning.  
Foto: OUS

Rapporten [Betydning av kjønn for behandlingskvalitet i norske sykehus](#) undersøker om behandlingskvaliteten i norske sykehus er lik for kvinner og menn. Rapporten er et samarbeid mellom [Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering \(SKDE\)](#) og [Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning](#).

14 nasjonale medisinske kvalitetsregistre har bidratt med analyser til rapporten. Et bredt spekter av helsetilstander dekkes, blant annet hjertestans, smertebehandling, ortopedi og ulike krefttyper.

### Får i hovedsak likeverdig behandling

Fra før er det kjent at kjønn kan ha betydning for hele sykdomsforløpet – risiko, symptomer og overlevelse.

**Denne rapporten viser at når pasientene mottar behandling i norske sykehus, så er det generelt**

**små forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder behandlingskvalitet (utredning, behandling og overlevelse).**

— Resultatene fra analysene er gode nyheter. Ingen av de medisinske kvalitetsregistrene finner indikasjoner i sine data på at det i stor grad er uønsket variasjon i behandlingskvalitet mellom kjønnene. Det pekes på noen betydningsfulle forskjeller som må følges opp, men hovedbudskapet fra nesten alle registrene er at kvinner og menn får likeverdig behandling i norske sykehus, sier Philip Skau, leder av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre og seksjonsleder ved SKDE.

### Kjønnsforskjeller går begge veier

Selv om det generelt avdekkes små kjønnsforskjeller i rapporten, **er det likevel noen funn som viser ulikheter og som bør følges opp i helsetjenesten.**



↑ Rapporten *Betydning av kjønn for behandlingskvalitet i norske sykehus* viser at det generelt er små kjønnsforskjeller i behandlingskvalitet og overlevelse ved ulike sykdommer. Likevel avdekkes også noen betydningsfulle ulikheter som helsetjenesten må følge opp. Illustrasjon: Midjourney

Ved hjertestans på sykehus er det for eksempel flere menn som får behandling, og de har også høyere overlevelse etter 30 dager. Flere kvinner enn menn rapporterer sterke smerter ved koloskopiundersøkelse, og selv med smertelindring er det en høyere andel kvinner enn menn som opplever sterke smerter når de gjennomgår undersøkelsen. Kvinner har i større grad søkt uføretrygd før ryggoperasjon, noe som gir lavere yrkesdeltakelse etter inngrepet – selv om resultatene av operasjonen er like gode for begge kjønn.

**Et annet viktig funn er at kjønnsforskjellene går begge veier.** At forskjellene mellom kjønnene ikke ensidig er et tegn på at kvinner mottar behandling med bedre kvalitet enn menn ved visse tilstander, og motsatt. Tall fra Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft viser for eksempel at kvinner med lungekreft oftere får kurativ behandling og har høyere overlevelse enn menn.

— Disse funnene er et viktig argument for hvorfor vi trenger kjønnsdelte analyser av helsedata, sier seniorforsker Katrine Mari Owe ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning.

#### Viktig oppfølging av kvinnehelseutvalget

Rapporten er en oppfølging av kvinnehelseutvalgets NOU [Den store forskjellen – om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse](#) (2023), og Regjerin-

gens kvinnehelsestrategi (2024). Her ble det påpekt at helsedata har et stort potensial for å gi mer kunnskap om kjønns betydning for helse. Rapporten fra SKDE og Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning er derfor en oppfølging av NOU-en og kvinnehelsestrategien.

Det er første gang SKDE analyserer registerdata i et kjønnsperspektiv. Arbeidet er i en innledende fase og både SKDE og Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning oppfordrer til videre undersøkelser av funnene som kommer fram, samt videre kunnskapssøken om hvilken betydning kjønn kan ha for helse.

— Vi skal følge opp denne rapporten med flere lignende rapporter fra de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene som ikke har bidratt til denne rapporten. På den måten får vi belyst enda flere fagområder. Alle de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene har mye interessante data som kan belyse om det er likeverdige helsetjenester i spesialisthelsetjenesten i Norge, sier Philip Skau.

— Ved inkludering av flere registre i fremtiden, for eksempel innen hjerte- og karsykdommer, vil vi få et enda større tallgrunnlag for å undersøke om det er lik kvalitet i helsetjenester, sier Katrine Mari Owe.

10 år med helseatlas:

## Nytt barnehelseatlas og flere oppdaterte analyser i jubileumsåret

I 2025 rundet helseatlas 10 år og SKDE og Helse Førde HF utga helseatlas nummer 20. I løpet av året oppdaterte SKDE også flere av de eldre helseatlasene med nye analyser.



←  
Bård Uleberg, leder for  
analyseseksjonen i SKDE.

13. januar 2015 publiserte SKDE det aller første helseatlas i Norge, og det omhandlet dagkirurgi. Ved utgangen av 2025 er det publisert til sammen 20 helseatlas i løpet av tiårsperioden med ulike tema som blant annet nyfødmedisin, kols, ortopedi og radiologi.

Men etter 10 år med helseatlas er der fremdeles én ting som ikke har endret seg: **Alle helseatlasene som er publiserte har belyst og vist at geografisk variasjon i behandlingspraksis er ganske vanlig i Norge.**

For å vurdere om det faktisk skjer endringer, valgte SKDE å følge opp et annet helseatlas som kom i 2015 – Barnehelseatlas – med et nytt barnehelseatlas i 2025.

### Barn får fremdeles ulik oppfølging

[Barnehelseatlas i 2015, med data fra 2011–2014](#), hadde vist at det var geografisk variasjon i bruk av spesialisthelsetjenester, og at ulikhetene ikke

kunne forklares ved forskjeller i sykkelighet hos barn. Helsetjenestene til barn i Norge var derfor ikke i tråd med det helsepolitiske målet om likeverdige helsetjenester.

[Helseatlas barn som kom i juni 2025 analyserer bruken av helsetjenester til barn i perioden 2017-2024.](#)

Funnene viser at barn fremdeles ikke får likeverdige helsetjenester i spesialisthelsetjenesten. Hvor i landet barnet bor påvirker om det får spesialistbehandling og hvor tett oppfølgingen blir.

Men selv om Helseatlas barn bygger videre på Barnehelseatlas fra 2015 er det ikke direkte sammenlignbart. Det påpeker leder for analyseseksjonen i SKDE, Bård Uleberg.

— Årsaken er et bredere aldersutvalg, bedre data og flere kilder, noe som gir mer presise og omfattende analyser. Bedre data gjør også at aktiviteten hos barnelegene kan analyseres, noe som har vært etterspurt av Norsk barnelegeforening.



↑ Helseatlas barn som ble publisert i juni 2025 viser blant annet at det er store geografiske forskjeller i oppfølging av barn med diabetes. Illustrasjonsfoto: Colourbox

### Har konsekvenser for ressursbruk

Helseatlas barn (2025) viser også at det er stor geografisk variasjon i hvor mye spesialisthelsetjenester som brukes for store og viktige pasientgrupper innen barnemedisin, blant annet for barn med astma, atopiske sykdommer, diabetes og epilepsi.

For eksempel får barn med diabetes ulik medisinsk oppfølging avhengig av hvor i landet de bor. Mens noen barn har tett og regelmessig kontakt med spesialisthelsetjenesten har andre langt færre konsultasjoner. For barn med astma og atopiske sykdommer tyder analysene på at en del av variasjonen kan forklares av ulik arbeidsdeling mellom allmennlege og spesialisthelsetjenesten. De nevnte pasientgruppene utgjør samlet sett en stor andel av tjenestene som spesialisthelsetjenesten bruker på barn. Den geografiske variasjonen har derfor betydelige konsekvenser for ressursbruken.

### Etterspør oppdaterte analyser

For at fagmiljøer og ledere i helsetjenesten skal kunne følge med på utviklingen og vurdere om tiltak for å redusere geografisk variasjon har effekt, har SKDE utviklet verktøyet [oppdaterte analyser av helseatlas](#).

Hyppigere oppdateringer har vært etterspurt av mange. Derfor håper Bård Uleberg og analyseseksjonen i SKDE at verktøyet vil være nyttig i arbeidet med å redusere geografisk variasjon og sikre likeverdig behandling. De årlige oppdateringene på nett står dessuten i sterk kontrast til de store, tjukke helseatlas-bøkene som SKDE utga i starten.

Hittil er det kommet oppdaterte analyser innen sju fagområder: barn, dagkirurgi, eldre, gynekologi, hjerte, øre-nese-hals og ortopedi.





↑ Det skjedde mye på helseatlas-fronten i 2025. Her er analyseseksjonen i SKDE på workshop i januar for å planlegge arbeidet. Fra venstre Gunnar Claus, Eva Stensland, Kristel Guldhaugen, Janice Shu, Tove Johansen, Hanne Sigrun Byhring, Lise Balteskard, Frank Olsen, Bård Uleberg, Jo Inge Arnes og Mattias Ugelvik. Foto: Randi Solhaug

### Oppdaterte analyser i 2025 – noen funn:

- [Pacemaker-inngrep](#): I opptaksområdet til Sykehuset Østfold er andelen av befolkningen som får pacemaker-inngrep dobbelt så stor som i opptaksområdet til Helse Førde.
- [Endometriose-inngrep](#): Det var nær 13 prosent økning i kirurgiske inngrep for endometriose fra 2023 til 2024, men økningen er ujevnt fordelt over landet.
- [Karpaltunnelsyndrom](#): I 2024 økte antall operasjoner for karpaltunnelsyndrom i Norge med 13 prosent sammenlignet med året før. Det er betydelig geografisk variasjon i operasjonsratene.
- [Injeksjonsbehandling i øyet](#): I årene 2023–2024 var det store endringer i medisinbruk for injeksjonsbehandling av øyesykdommer.

[Her finner du de oppdaterte analysene.](#)



↑ Faggruppen av skulderspesialister består av øverst fra venstre: Jens Ivar Brox, Jesper Blomquist, Daniel Høgli Major og Michael Strehle. Nederst fra venstre: Geir Bjerkan, Berte Bøe (leder) og Kristjan Valdimarsson.

## Slik foreslår fagfolk å redusere unødvendige skulderoperasjoner

En nasjonal faggruppe med skulderspesialister foreslår flere tiltak for å redusere unødvendige operasjoner. Ett av forslagene er at pasientene bør få tilbud om fysioterapi og egentrening før legen vurderer kirurgi.

Se for deg en pasient med langvarige smerter i skulderen. Ved å oppsøke to ulike sykehus kan pasienten få to helt forskjellige behandlingstilbud. Ved det ene sykehuset anbefales operasjon, mens ved det andre sykehuset anbefales konservativ behandling med fysioterapi og trening før kirurgi vurderes.

Hvilket tilbud er egentlig best for pasienten? Burde ikke pasienten egentlig tilbys lik behandling for lik sykdom, hvis alt annet ellers er likt?

### Store geografiske forskjeller

I mange år har norske sykehus behandlet samme type skuldertilstand ulikt, noe som har ført til store geografiske variasjoner (se figur på side 23).

[Dette skjer selv om flere studier har vist at noen operasjoner ikke gir bedre resultater for pasienten enn behandling med fysioterapi og trening.](#)

Det er et mål å sikre likeverdige helsetjenester i Norge og at pasientene får tilbud om behandlingen som gir størst helsegevinst. Derfor samarbeider de fire regionale helseforetakene om å redusere eller avvikle undersøkelser og behandling som gir liten nytte for pasienten. Oppdraget heter "Revurdering av utrednings- og behandlingsmetoder".

Første område som er revurdert er tre typer skulderkirurgi: rotatorcuff-sutur, ac-leddsreseksjon og subakromiell dekompresjon.

## Bør gjøre som Helse Sør-Øst

Revurderingen er utført som et prosjekt av en nasjonal faggruppe med representanter fra hver helseregion – alle med spesialistkompetanse innen skulder. I sin sluttrapport har de anbefalt flere mulige tiltak for å redusere skulderoperasjoner som mangler dokumentert effekt.

Basert på forslagene fra faggruppen har det interregionale fagdirektørmøtet vedtatt et mål om at hele landet skal ha samme aktivitetsnivå som Helse Sør-Øst, som har lavest rate på skulderoperasjoner. Grunnen er at det ikke er noe som tyder på at pasienter i denne helseregionen får et uforsvarlig lavt tilbud på skulderkirurgi.

### Fysioterapi før operasjon

En annen anbefaling fra faggruppen er at pasientene skal tilbys et standardisert opplegg for fysioterapi før de vurderes for operasjon. Hvordan dette organiseres skal bestemmes av hvert enkelt regionale helseforetak (RHF).

I tillegg anbefaler faggruppen at avtaler med private, kommersielle aktører som tilbyr kirurgi avsluttes. [I en artikkel i Dagens Medisin](#) uttaler faggruppens leder, skulderkirurg Berte Bøe:

— Et av de tiltakene vi foreslår er at finansieringen for å gjøre dette inngrepet privat på det offentliges regning må tas bort. Hvis de ikke får refusjon for dette, vil antallet inngrep synke.

## Skulderkirurgi bare ved utvalgte sykehus

Et annet forslag er at bare noen utvalgte sykehus skal utføre slik kirurgi. Faggruppen mener at de enkelte RHFene bør bestemme hvilke sykehus i hver region dette gjelder, men understreker at det er viktig med tverrfaglig kompetanse på disse stedene. Et felles mottak for henvisninger til skulderkirurgi i hver region kan bidra til mindre variasjon i vurdering og i valg av behandlingsmetode.

### Standardisert informasjonsskriv

Til slutt foreslår faggruppen å innføre et standardisert informasjonsskriv til både henvisere og pasienter. Dette skrivet inneholder forslag til hvilken strukturert behandling pasientene skal ha gjennomgått før henvisning til kirurgi.

Berte Bøe mener at et standardskriv som forklarer retningslinjene og viser et enkelt flytskjema kan hjelpe fastlegene med å følge riktig prosess:

— Det kan spare mange konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten og sørge for at pasientene får raskere hjelp lokalt, sier hun til Dagens Medisin.

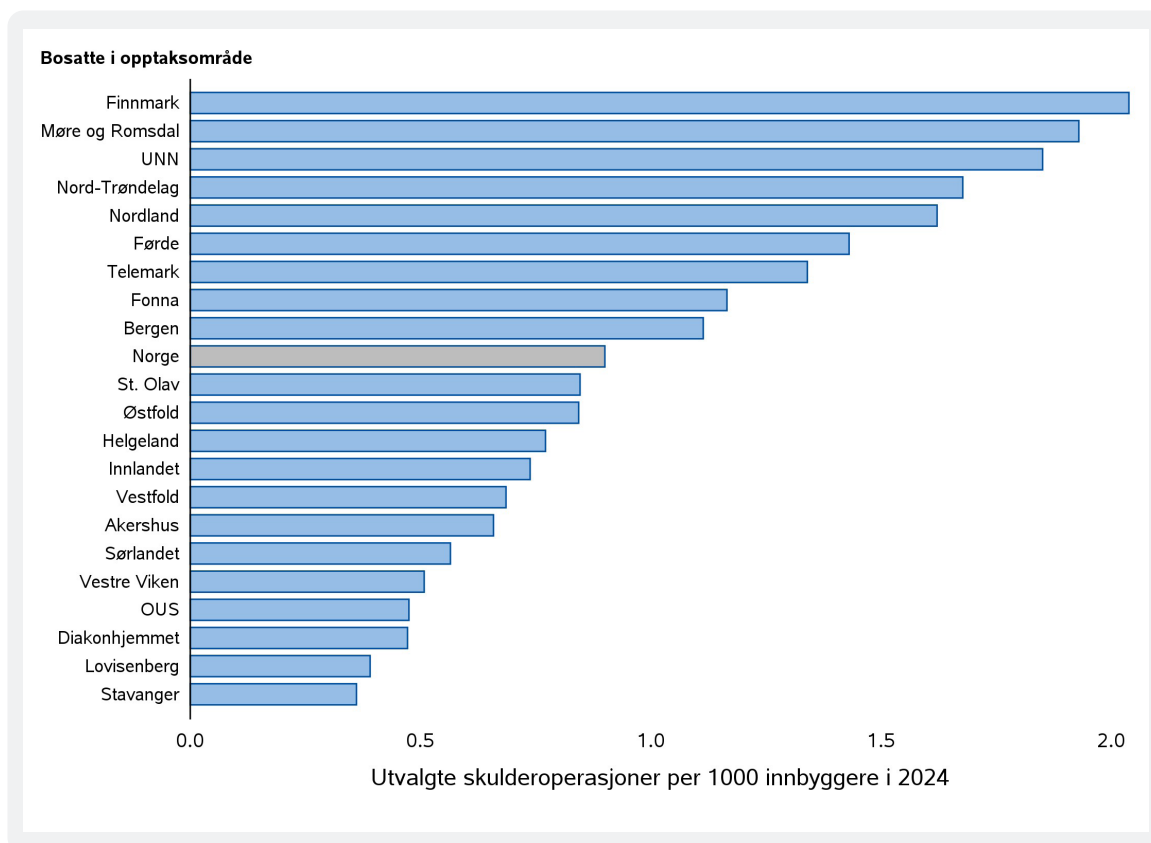
### Les gjerne også:

[Marianne ble lagt i narkose, men kirurgene opererte henne aldri. Likevel ble hun frisk.](#)

[— Ikke all behandling er til pasientens beste](#)

## Vedtak fra Det interregionale fagdirektørmøtet:

1. Nasjonalt aktivitetsmål: Settes til nivået i Helse Sør-Øst.
2. Konservativ behandling: Pasientene skal tilbys fysioterapi før legen vurderer kirurgi.
3. Avslutte avtaler med private.
4. Skulderkirurgi bare ved utvalgte sykehus i hver region.
5. Standardisert informasjonsskriv til henviser og pasient.



↑ Figuren viser variasjonen i bruk av de utvalgte skulderoperasjonene. Her kan man se at pasienter bosatt i Finnmark opereres oftere enn for eksempel pasienter bosatt i Stavanger. Tallene er justert for alder og kjønn. Figur: SKDE

### Slik organiseres ”Revurdering av utrednings- og behandlingsmetoder”.

- På et møte mellom de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene (AD-møtet) i 2023 vedtok de hvordan arbeidet med revurdering av utredning og behandlingsmetoder i helseforetakene skal organiseres. Vedtaket bygger på en anbefaling fra fagdirektørene.
- Det interregionale fagdirektørmøtet har det overordnede ansvaret. Det er etablert en nasjonal arbeidsgruppe (NOR) og egne faggrupper for hvert fagområde.
- SKDE leder arbeidet og har sekretariatsansvaret. Representanten i NOR fra hver region skal informere sitt regionale brukerutvalg og konserntillitsvalgte om oppdraget og framdriften i arbeidet.
- Utvalgte områder som skal revurderes: skulderkirurgi, koronar angiografi, øvre endoskopi, arbeids-EKG og tonsillektomi.
- [Her finner du mer informasjon om revurderingsoppdraget.](#)

Hva går revurderingsoppdraget ut på? Se [videoen](#) som forklarer:



# Helse- og kvalitetsregisterkonferansen samlet fagfolk i Bergen

Om lag 420 deltakere var samlet i Bergen 23. - 24. september til årets viktigste møteplass for helseregisterfeltet, Helse- og kvalitetsregisterkonferansen 2025.

Konferansen, som er et samarbeid mellom SKDE, Folkehelseinstituttet (FHI) og Helsedirektoratet, samlet forskere, helsepersonell, beslutningstakere og registerforvaltere fra hele landet til to dager med faglig fordypning og nettverksbygging.

Årets konferanse hadde tittelen “Helsedata – fra nasjonate til globale perspektiver”, og speilet en stadig mer internasjonal tilnærming til bruk av helseregistre. Deltakerne fikk høre foredrag om alt fra helsedata i krisetider, European Health Data Space (EHDS), global helse, likeverdige helsetjenester, hva sykehusene skal gjøre mindre av og internasjonale sammenligninger. I tillegg var det 16 ulike foredrag å velge mellom i parallellsesjoner.





↑ Fysiker Andreas Wahl stilte spørsmålet “Er vi forberedt på neste krise?”.

### Helsesdata i vanskelige tider

Et høyaktuelt innslag første dag var sesjonen «Helsesdata i vanskelige tider», der fysiker Andreas Wahl stilte spørsmålet: «Er vi forberedt på neste krise?».

[Bidrag fra Forsvaret og Norsk intensiv- og kriseregister understreket behovet for robuste dataløsninger i krise og krig.](#)

Samme dag fikk deltakerne høre mer om «Felles europeisk helsedataområde (EHDS)», der blant annet seniorrådgiverne Anne Heidi Skogholt og Julie Vindenes Schultz i Helsedirektoratet viste hvordan europeisk samarbeid kan påvirke norsk helsedataforvaltning.

Videre ble det satt søkelys på global helse med eksempler fra registerarbeid i blant annet Etiopia, hvor det norske NORGAST-registeret har bidratt til opprettelsen av ETHIRGAST.

### Internasjonale sammenligninger

Andre dag av konferansen bidro blant annet Hege Christensen i regionalt brukerutvalg i Helse Vest. Hun snakket om [viktigheten av å bruke PREM \(Patient Reported Experience Measures\)](#) for å finne ut hvordan pasientene opplever å bli møtt, hørt og behandlet ved norske sykehus.



↑ Samlet til panelsamtale. Fra venstre: Fra venstre: Laila Breidvik fra Forsvarets institutt for militær epidemiologi, Preben Aavitsland fra Folkehelseinstituttet og Eirik Alnes Buanes fra Norsk intensiv- og kriseregister. Samtalen ble ledet av konferansier Markus Moe (med ryggen til).



↑ Konferansen ga deltakerne mulighet til å hente inspirasjon, utveksle erfaringer og få oppdatert kunnskap om hvordan helsedata kan brukes til å forbedre helsetjenestene.

Parallellsesjonene tok blant annet opp temaer som automatisert datafangst og bruk av data til kvalitetsforbedring og styring.

Helt til slutt var temaet internasjonale sammenligninger, og professor Jonas Minet Kinge ved Universitetet i Oslo bidro her med foredraget «Sykdom og kostnader: Hvor skiller Norge seg ut?».



↑ Lege Helagenet E. Abergaz fra Etiopia fortalte om ETHIRGAST, et register som er opprettet med hjelp fra det norske registeret NORGAST.

### Kåret til beste poster

Som vanlig ble det arrangert postervandring med kåring av beste poster blant de over 50 innsendte bidragene. Mange prosjekter fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre deltok og bidro til å vise bredden og dybden i norsk registerforskning og kvalitetsforbedringsarbeid.

Til slutt var det Helsedataservice og FHI som stakk av med posterprisen for deres “9 tips for rask søknadsbehandling!”. En oppsummering av gode råd basert på egen erfaring, noe andre som skal i gang med et større prosjekt kan ha god nytte av.



↑ Prisen for beste poster gikk til Helsedataservice/FHI for nådeløst ærlige og erfaringsbaserte råd om rask søknadsbehandling. På bildet ser vi seniorrådgiver Arild Gilja, seniorrådgiver Marcus Smestad og rådgiver/jurist Torkel Søgård. Foto: FHI



↑ Manglende inkludering i pakkeforløp kan koste pasienter med psykiske lidelser flere leveår.  
Illustrasjonsfoto: Colourbox

## Kreftpasienter med psykiske lidelser faller oftere utenfor pakkeforløp

Kreftpasienter med historikk for rus- eller psykiske lidelser har høyere risiko for å ikke bli inkludert i pakkeforløp, noe som kan føre til dårligere prognose.



←  
Ina Heiberg er forsker ved SKDE.  
Foto: Ørjan Marakatt Bertelsen

En studie utført ved [Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering \(SKDE\)](#), viser at kreftpasienter med historikk for psykiske lidelser eller rusproblemer har åtte prosent høyere risiko for å ikke bli inkludert i pakkeforløp for kreft sammenliknet med andre kreftpasienter. Høyst risiko hadde pasienter som var diagnostisert med psykose eller depresjon.

Studien omfatter over 65 000 norske kreftpasienter mellom 2015—2018, og har sett på de vanligste kreftformene i Norge, som kreft i lunger, bryst, prostata og fordøyelsesorganer.

### Kreften oppdages for nært opp mot døden

Pasienter som tidligere har vært innlagt i psykisk helsevern kommer aller dårligst ut sammenliknet med andre kreftpasienter, viser studien. Disse pasientene hadde 38 prosent høyere risiko for å ikke bli inkludert i et pakkeforløp for kreft. For pasienter som hadde vært innlagt for psykose var risikoen hele 76 prosent høyere.

Sammenlignet med andre pasienter som ikke ble inkludert i pakkeforløp hadde pasienter med psykiske lidelser eller rusproblemer 34 prosent høyere risiko for at kreften først ble oppdaget nær døden.

For krefttyper hvor symptomene kan dukke opp sent i forløpet, for eksempel lungekreft, er risikoen for å falle utenfor pakkeforløp ekstra høy.

## FAKTA OM STUDIEN

- Data fra over 65 000 kreftpasienter i aldersgruppen 21–79 år ble analysert i en landsdekkende studie (2015–2018). Data ble hentet fra nasjonale registre.
- Studien viser at pasientene med historikk for psykiske lidelser eller rusproblemer har 8 prosent høyere risiko for å ikke bli inkludert i pakkeforløp for kreft.
- Risikoen er størst for pasienter med psykose eller depresjon, og for dem som har vært innlagt i psykiatrien tidligere.
- For krefttyper med sen symptomdebut, som lungekreft, er risikoen for å falle utenfor pakkeforløp ekstra høy.
- Blant dem som ikke ble inkludert i pakkeforløp hadde pasienter med tidligere psykiske lidelser eller ruslidelser 34 prosent høyere risiko for at kreften ble oppdaget nær døden.
- Barrierer i helsevesenet som diagnostisk overskygging (en kjent diagnose kan gjøre at helsepersonell overser andre sykdommer), stigma og manglende tilrettelegging trekkes frem som årsaker.
- Forskerne etterlyser bedre samhandling mellom psykisk helsevern, rusomsorg og somatisk helsetjeneste.

Kilde: [Inclusion in the cancer patient pathway among cancer patients with and without pre-existing mental or substance use disorders: a nationwide register-based study](#)

### Taper flere leveår enn andre grupper

Konsekvensen av sen eller manglende inklusjon i et pakkeforløp er at pasientene potensielt får dårligere prognose og høyere dødelighet for sin kreftsykdom.

– Kreft er nå den vanligste dødsårsaken i Norge. Vi vet fra andre studier at kreftpasienter med rus- eller psykiske lidelser taper flere leveår til kreft enn den generelle befolkningen. Vi ser også at dette problemet er økende. Det er urovekkende.

Det forteller forsker Ina Heiberg i SKDE. Hun er førsteforfatter på [studien som er publisert i BMC Public Health](#).

#### — Bekymringsverdig

Pakkeforløp for kreft ble innført for å sikre pasientene raskere utredning og behandling, noe som potensielt kan gi bedre prognoser. Det er derfor et nasjonalt mål at 70 prosent av alle kreftpasienter skal bli inkludert i et pakkeforløp for kreftbehandling.

Det er kjent fra utenlandske studier at pasienter med rus- og/eller psykiske lidelser i mindre grad får behandling tidnok.

— Vi hadde derfor grunn til å tro at det kom til å være

en forskjell, og det var det. Det er bekymringsverdig at mange av disse pasientene kommer forsinket til kreftbehandling, sier Ina Heiberg.

#### En kombinasjon av årsaker

Det er flere mulige årsaker til at pasienter med psykiske lidelser eller ruslidelser ikke inkluderes i pakkeforløp. Noen har akutte psykiske eller sosiale problemer som overskygger somatiske symptomer. For andre kan manglende kompetanse om egen helse, fravær av støtteapparat og stigma knyttet til diagnosene bidra til at pasientene ikke inkluderes, eller inkluderes sent i sykdomsforløpet.

Funnene aktualiserer også behovet for bedre samhandling mellom psykisk helsevern, rusomsorg og somatisk helsetjeneste.

— Noen av kreftsymptomene pasienten har kan jo ligne på konsekvenser av psykiske lidelser. Vi bør derfor sørge for at det settes av mer tid til disse pasientene, og være oppmerksom på at de som har sammensatte lidelser kan ha vanskeligere for å gjenkjenne og kommunisere egne symptomer. Det må gjøres mer for denne pasientgruppen slik at de får likeverdig tilgang til helsehjelp uavhengig av psykisk helse eller livssituasjon, mener Ina Heiberg.



↑ Per Meinich drar gjerne på besøk til ulike fagmiljøer for å fortelle om metodebok.no. Her er han på plass på Akershus universitetssykehus i november 2025. Fra venstre ser vi Ivar Bjarmann Vølstad (avdelingsleder ØNH), Per Meinich, Per Engstrand, Kashif Waqar Faiz (fagdirektør), Thomas Erik Rajka (spesialrådgiver), Heidi Ness Johnsen (spesialrådgiver) og Karl-Helge Stjernen Storhaug (foretaksrevisor). Foto: privat

## Sterk økning i bruk av metodebok.no

I oktober 2025 hadde metodebok.no cirka 28 000 oppslag per dag. Det er en økning på over 60 prosent sammenliknet med samme periode i 2024.



←  
Per Meinich, medisinsk  
rådgiver, SKDE. Foto: SKDE

Se også: [SKDE har tatt over ansvaret for Metodebok.no](#)

Målet med metodebok.no er å samle og tilgjengeliggjøre informasjon som er knyttet til klinisk praksis som helsepersonell har behov for i hverdagen, og på en måte som gjør at dette kan deles mellom foretak. Metodebok.no er åpent tilgjengelig og kan brukes gratis av alle.

I 2024 overførte Helse Sør-Øst RHF ansvaret for metodebok.no til SKDE. Det er et oppdrag som passer godt inn i SKDE sin portefølje ettersom felles metodebøker er et viktig ledd i arbeidet med å redusere uønsket variasjon i helsetjenesten. I tillegg er det viktig for å oppnå lik praksis på tvers av sykehus og helseregioner.

## Hva er metodebok.no?

- Metodebok.no er en åpen og gratis nettportal som gir helsepersonell tilgang til metodebøker, brukerveiledninger og prosedyrer.
- Felles metodebøker er et ledd i arbeidet med å redusere uønsket variasjon i helsetjenesten. Målet er å oppnå lik praksis på tvers av sykehus og helseregioner, redusere variasjon og effektivisere arbeidet med prosedyrer. Dette bidrar til kvalitetsforbedring i helsetjenesten og frigjør ressurser hos helsepersonell.
- Portalen ble opprettet i 2019. Den forvaltes av SKDE på vegne av de fire helseregionene. Et interregionalt forvaltningsorgan for metodebok.no ble opprettet i 2023. Dette organet arbeider for flere felles metodebøker på tvers av regionene.
- Hver metodebok utvikles av en faggruppe, med en redaktør som har ansvar for faglig innhold, oppfølging av kvalitetskrav og gjennomføring av nødvendige oppdateringer.
- Per oktober 2025 er det over 65 metodebøker i nettportalen, og disse dekker to tredjedeler av de medisinske fagområdene. Ti nye metodebøker er for tiden under utvikling.
- Metodebok.no har daglig rundt 28 000 oppslag og totalt omkring ni millioner oppslag per år.

### Ni millioner oppslag i året

I perioden som har gått siden 2024 har metodebok.no blitt benyttet av stadig flere. Per oktober 2025 var det cirka 28 000 oppslag hver dag, altså om lag 200 000 oppslag per uke og over ni millioner i året. Det er over 60 prosent flere oppslag i oktober 2025 sammenliknet med oktober året før.

— Det er nok to årsaker til dette. Det ene er at metodebok.no har blitt bedre kjent. Den andre er at flere bøker er lagt til, og disse holder et høyt nivå, forklarer leder av den interregionale forvaltningsgruppen for metodebok.no, Per Meinich.

Blant de siste bøkene som er lagt til er radiologi, gastrokirurgi og laboratoriebok mikrobiologi.

### Brukes som støtteverktøy

Metodebøkene er flittig brukt blant klinikerne. Det er i hovedsak leger som bruker metodebok.no mest, og de bruker den som et støtteverktøy. Yngre leger ser ut til å bruke støtteverktøyet mer enn eldre leger. Men også eldre leger, studenter, sykepleiere, primærhelsetjenesten og offentlige instanser som tilsynsmyndighetene bruker metodebok.no.

På metodebok.no ligger det metodebøker utgitt av RHF-ene, helseforetak, Helsedirektoratet, nasjonale sentre og de fagmedisinske foreningene i Legeforeningen.

— Aller mest oppslag i metodebok.no får bøker med nasjonal forankring, for de benyttes av hele helsefagmiljøet. Laboratoriebøkene og indremedisinbøkene er godt besøkt, forteller Meinich.

[Denne lenken fører deg til Metodebok.no](https://metodebok.no)

Klinisk dashboard:

# Styringsverktøy for kvalitet er blitt tilgjengelig nasjonalt

Ledere i spesialisthelsetjenesten har fått tilgang til et nytt styringsverktøy. Klinisk dashboard er utviklet for å styrke kvalitet og pasientsikkerhet, og ble tilgjengelig nasjonalt da SKDE 1. juli 2025 overtok ansvaret fra Helse Sør-Øst.



←  
Ole Tjomsland, prosjektdirektør  
i Helse Sør-Øst RHF.  
Foto: privat



←  
Eva Stensland, Direktør SKDE  
Foto: Ørjan M. Bertelsen

Klinisk dashboard er en nettside med styringsdata som viser ulike indikatorer for pasientsikkerhet, kvalitet og forbruksrater. Hensikten er å gi ledere i spesialisthelsetjenesten et bedre beslutningsgrunnlag for å sikre pasientsikkerhet og høy kvalitet på behandlingen.

## Utvidet funksjonalitet og nasjonal dekning

Tidligere var Klinisk dashboard kun brukt i Helse Sør-Øst RHF, hvor det ble utviklet, publisert og forvaltet. 1. juli 2025 ble imidlertid Klinisk dashboard overført til SKDE. Dette fordi SKDE er en nasjonal aktør og har en etablert rolle i spesialisthelsetjenesten knyttet til kunnskap om kvalitet og likeverdige helsetjenester gjennom analyser av helseregisterdata.

Etter at SKDE overtok ansvar for drift og videreutvikling av verktøyet ble det publisert en interregional versjon som dekker spesialisthelsetjenesten i hele Norge. Det betyr at ledere i alle RHF og helseforetak kan finne relevante styringsdata i verktøyet, og kan sammenligne egen klinisk praksis med andre.

— Vi i SKDE er veldig glade for den jobben Helse Sør-Øst har gjort med utviklingen av Klinisk dashboard, og vi vil takke for tilliten de har vist ved å overføre verktøyet til oss. Vi skal forvalte det godt. Vi håper at med denne tilgangen til relevante styringsdata kan helseforetakene jobbe målrettet med å redusere uønsket variasjon og sikre høy kvalitet i tjenestene, sier direktør i SKDE, Eva Stensland.

## Større oppmerksomhet på klinisk virksomhet

Klinisk dashboard ble utviklet på bakgrunn av funn som konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst gjorde i en kartlegging i 2023. Det ble da avdekket at mange ledere i helseforetakene opplevde at det ble satt et sterkere søkelys på økonomi og HR-området enn på pasienttilbudet og kvaliteten på pasientbehandlingen. Revisjonen anbefalte derfor at styrene i helseforetakene ga større oppmerksomhet til den kliniske virksomheten.

— For å rette opp i dette ble det kliniske dashboardet lansert som et styringsverktøy med data fra Norsk pasientregister, Folkehelseinstituttet og Kreftregis-



↑ Klinisk dashboard er et verktøy for å styrke kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten. Det har hittil bare blitt brukt i Helse Sør-Øst, men får nå nasjonal utbredelse. Foto: Skjermdump.

teret. Målet har vært å identifisere uønsket variasjon i kvalitet, pasientsikkerhet og ressursbruk, slik at styret og foretaksledelse kunne følge måloppnåelsen av sørge-for-ansvaret i de regionale helseforetakene, forteller prosjektdirektør i Helse Sør-Øst RHF, Ole Tjomsland.

Sammen med sin kollega, senioranalytiker Christian Thoresen, har han utviklet og forvaltet innholdet i dashboardet.

### Økt innsikt for ledere

Klinisk dashboard har allerede vist seg nyttig i Helse Sør-Øst, der det inngår i et årshjul for oppfølging av helseforetakene i regionen. Her brukes det aktivt i tertialvise gjennomganger av avvik, tiltak og måloppnåelse, og gir styrene et bedre grunnlag for å følge opp sitt sørge-for-ansvar.

— Kort tid etter at dashboardet ble lansert for helseforetakene i Helse Sør-Øst uttrykte Det interregionale fagdirektørmøtet et ønske om at dashboardet ble gjort tilgjengelig med data for alle RHF-ene og anbefalte at ansvaret for publisering og drift ble overført til SKDE, forteller Tjomsland.

[Interregionalt klinisk dashboard finner du her](#)



↑ Et nytt doktorgradsarbeid viser at tidspunktet for oppstart av cellegift etter operasjon for tykktarmskreft varierer. Illustrasjonsfoto: Shutterstock

## Ny innsikt i behandlingen av tykktarmskreft hos eldre

Doktorgradsarbeidet til Elin Marthinussen Gustavsen kaster nytt lys over når eldre pasienter med stadium III tykktarmskreft får cellegift etter operasjon, og om tidspunktet har noe å si for overlevelse.



← Elin Marthinussen Gustavsen er postdoktor i SKDEs forskningsseksjon. Foto: Ørjan Marakatt Bertelsen

25. april 2025 disputerte Elin Marthinussen Gustavsen ved UiT Norges arktiske universitet med ph.d.-avhandlingen [Variation in cancer treatment of elderly patients in Norway- Geographic, socioeconomics, and impact of timing.](#)

To av studiene hennes omhandler over 4000 pasienter (70 år og eldre) som ble operert for stadium III tykktarmskreft i tidsrommet 2011 til 2021. Hensikten var å undersøke om det er variasjon i bruk av cellegift til disse pasientene, og hvordan tidspunktet for oppstart av cellegift etter operasjon påvirker overlevelsen fem år etter behandling.

### Store forskjeller i behandling

[Den første studien tok for seg hvem som fikk cellegift etter operasjon \(adjuvant kjemoterapi\), basert på blant annet sosioøkonomisk status \(inntekt og utdanning\) og bosted, samt tidspunkt for oppstart.](#)

Ifølge norske retningslinjer bør behandlingen starte innen seks uker etter operasjonen.

Funnene viser at kun 13 prosent av pasientene fikk cellegift innen seks uker, og 26 prosent innen åtte uker. I praksis betyr det at det er like vanlig at eldre pasienter starter cellegift i uke sju eller åtte som innen de første seks ukene etter operasjon. Videre startet én av fem pasienter senere enn åtte uker. Det var samtidig en betydelig andel av pasientene som aldri fikk cellegift.

## FAKTA OM STUDIEN

Norske retningslinjer anbefaler oppstart av cellegift innen seks uker etter operasjon ved stadium III tykktarmskreft.

Studiene undersøkte:

- Sosioøkonomisk og geografisk variasjon i bruk av cellegift etter operasjon
- Betydningen av oppstartstidspunkt for overlevelse

Resultater:

- Median tid fra operasjon til oppstart av cellegift: 6,4 uker
- Lavere sannsynlighet for oppstart av cellegift innen anbefalt tid for:
  - pasienter med lav sosioøkonomisk status
  - pasienter som bor alene
- Geografisk variasjon mellom sykehusområder
- Sen oppstart (>8-10 uker) var assosiert med dårligere overlevelse sammenlignet med oppstart innen seks uker

Pasientenes sosioøkonomiske status hadde mye å si:

— Pasienter med lav sosioøkonomisk status hadde betydelig mindre sjans for oppstart av behandling både innen seks og åtte uker sammenlignet med pasienter med høy sosioøkonomisk status. Også eldre som bor alene hadde mindre sjans for behandling enn dem som bor med en partner, forteller Elin Marthinussen Gustavsen.

### Geografisk variasjon

I tillegg viste studien geografiske forskjeller i hvem som fikk cellegift. Den geografiske variasjonen var dessuten ulik for oppstart innen seks og åtte uker. I noen geografiske områder hadde pasientene høyere sjans for oppstart av behandling innen åtte uker enn innen seks uker, og omvendt. Andre områder hadde jevnt lave eller høye nivåer avhengig av tidspunkt. Ifølge Gustavsen kan det tyde på ulik praksis og forskjellig tolkning av retningslinjene mellom opptaksområdene.

— Studien viser at selv i et land med sterkt fokus på likeverdige helsetjenester spiller både sosioøkonomi og bosted en stor rolle for om eldre pasienter får anbefalt behandling.

### Cellegift kan starte senere

[Den andre studien undersøkte hvordan tidspunkt for oppstart av cellegift-behandling påvirker overlevelsen.](#) Gustavsen fant at oppstart av cellegift innen åtte uker etter operasjon gir best mulig overlevelse for eldre pasienter med stadium III tykktarmskreft. For enkelte pasienter – særlig dem med høyere risikoprofil – kan behandlingen fortsatt være fordelaktig når den starter opp inntil 10 uker etter operasjon. Først da behandlingen ble utsatt mer enn 10 uker sank overlevelsen tydelig.

— Våre funn tyder på at det kan være rom for større fleksibilitet i oppstart av cellegift-behandling til eldre sammenlignet med dagens anbefalinger. Mange eldre trenger mer tid til å komme seg etter en operasjon, og en mer fleksibel tidsramme vil gjøre det lettere å tilpasse behandlingen til den enkelte, sier Elin Marthinussen Gustavsen.

I tillegg til de to studiene om tykktarmskreft består doktorgradsarbeidet til Gustavsen av en studie om forskjeller i behandling av eldre pasienter (70 år eller eldre) med høy-risiko prostatakreft. [Du kan lese mer om studien ved å følge denne lenken.](#)

# Publikasjoner



## Artikler

- Elin Marthinussen Gustavsen, Stig Norderval, Liv Marit Dørum, Eva Stensland, Ellinor Haukland, Yohannes Tesfay og Beate Hauglann. Published 14 October 2025. [Impact of timing of adjuvant chemotherapy initiation on survival for elderly patients with stage III colon cancer in Norway - a register-based cohort study](#)
- Ina H Heiberg, Lise Balteskard, Bjarne K. Jacobsen, Jørgen G Bramness, Ragnar Nesvåg, Kjell Magne Tveit og Anne Høye. Published 29 May 2025. [Inclusion in the cancer patient pathway among cancer patients with and without pre-existing mental or substance use disorders: a nationwide register-based study](#)
- Bård Uleberg, Kaare Harald Bønaa, Kari Krizak Halle, Bjarne K. Jacobsen, Beate Hauglann, Eva Stensland og Olav Helge Førde. Published 02 April 2025. [The relation between delayed reperfusion treatment and reduced left ventricular ejection fraction in patients with ST-segment elevation myocardial infarction: a national prospective cohort study | European Heart Journal Open | Oxford Academic](#)
- Jørgen G. Bramness, Eline Borger Rognli, Anne Høye og Ina H. Heiberg. Published 25 March 2025. [Alcohol-induced psychosis and delirium tremens: a comparison with alcohol dependence on demographic characteristics, mortality, and morbidity - PubMed](#)



## Rapporter og analyser

- [SKDE årsrapport 2024](#)
- [Statusrapport 2025 for medisinske kvalitetsregistre](#)
- [Temanummer\\_SKDE\\_NasjonaltSenterForKvinnehelseforskning](#)
- [Barnehelseatlas](#)
- [Oppdaterte helseatlas](#)
- [Sykehusprofil](#)
- [Behandlingskvalitet](#)

## Notater

- [Akuttinnleggelser av pasienter 75 år og eldre i sykehus 2015-2040](#)

- — Kunnskap må deles for å kunne gjøre en forskjell



SKDE – Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering  
Helse Nord RHF  
(+47) 77 75 58 00  
post@skde.no

SKDE rapport nr 1/2026  
ISBN 978-82-93141-66-2



SKDE – Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering  
Helse Nord RHF  
(+47) 77 75 58 00  
post@skde.no

SKDE rapport nr 1/2026  
ISBN 978-82-93141-66-2